

As implicações dos indicadores de desempenho contratualizados na prática clínica da Medicina Geral e Familiar: um modelo profissional em mutação?

Helder Raposo

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Centro de Investigação e Estudos de Sociologia - ISCTE-IUL

Resumo

Considerando as inovações organizacionais introduzidas pela Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, pretende-se analisar as implicações da contratualização de indicadores de desempenho na prática clínica da Medicina Geral e Familiar e nos fundamentos do seu modelo profissional. A partir de um estudo de caso desenvolvido em dois contextos organizacionais distintos, foi possível verificar a emergência de alguns efeitos perversos do *managerialismo* no mundo profissional desta especialidade médica, tais como o aumento do volume de trabalho de teor mais burocrático, a avaliação restritiva do desempenho profissional ou os constrangimentos em colocar em prática o modelo distintivo da especialidade.

Palavras-chave: indicadores de desempenho; modelo profissional; Medicina Geral e Familiar.

The implications of the contracted performance indicators in the clinical work of general practice: a professional model in mutation?

Abstract

Considering the organizational innovations introduced by the reform of the Primary Health Care in Portugal, we intend to analyze the implications of the contractualisation of performance indicators in the clinical work of General Practice and in the foundations of its professional model. Based on a case study developed in two different organizational contexts, it was possible to verify the emergence of some perverse effects of managerialism in the professional world of this medical specialty, such as an increased volume of more bureaucratic workload, a restrictive evaluation of professional performance or the constraints to develop a patient-centered medicine.

Keywords: performance indicators; professional model; General Practice.

Les implications des indicateurs de performance contractualisés dans la pratique clinique de la Médecine Générale: un modèle professionnel en mutation ?

Résumé:

À partir des innovations organisationnelles introduites par la Réforme des Soins de Santé Primaires au Portugal, on prétend analyser les implications de la contractualisation d'indicateurs de performance dans la pratique clinique de la Médecine Générale, ainsi que dans les fondements du modèle professionnel en lui-même. À partir d'une étude de cas développée dans deux contextes organisationnels distincts, il a été possible de vérifier l'émergence de quelques effets pervers du managérialisme dans le monde professionnel de la Médecine Générale, tels que l'augmentation du volume de travail plus bureaucratique, l'évaluation restrictive de la performance professionnelle ou les contraintes dans la mise en pratique du modèle distinctif de la spécialité.

Mots-clés : indicateurs de performance, modèle professionnel, Médecine Générale.

Las implicaciones de los indicadores de desempeño contratados en la práctica de Medicina Familiar y Comunitaria: ¿un modelo profesional en mutación?

Resumen

Considerando las innovaciones organizacionales introducidas por la Reforma de los Cuidados Primarios de la Salud en Portugal, se analizará en este artículo las implicaciones de la contractualización de indicadores de desempeño en la práctica Clínica de la Medicina Familiar y Comunitaria y en los fundamentos de su modelo profesional. A partir de un estudio de caso desarrollado en dos contextos organizacionales distintos, se verificó la emergencia de algunos efectos perversos del *managerialismo* en el mundo profesional de la Medicina Familiar y Comunitaria tales como el aumento del volumen de trabajo más burocrático, la evaluación restrictiva del desempeño profesional o los constreñimientos para poner en práctica el modelo distintivo de la especialidad.

Palabras clave: indicadores de desempeño; modelo profesional; Medicina Familiar y Comunitaria.

Introdução

Considerando as recentes alterações organizacionais na área da saúde que têm sido suscitadas por iniciativas políticas desenvolvidas no quadro da chamada Nova Gestão Pública dos serviços administrativos (Clarke, 1998; Hunter, 2006; Carvalho, 2009; Correia, 2011), pode-se considerar que muitas das reformas que foram desencadeadas tiveram como destacada característica a introdução de um conjunto de novas práticas e instrumentos cuja inovação tem imprimido mudanças consideráveis na arquitetura e na lógica institucional do sistema de saúde português. Nesta perspetiva, e sob os auspícios de uma retórica política que enfatiza os imperativos da eficiência e da melhoria da qualidade do próprio sistema, têm vindo a ser implementadas medidas que reconfiguram a natureza do papel regulatório do sector público à luz de princípios que assentam na consolidação do modelo de contratualização, no desenvolvimento de sistemas de informação, no aprofundamento de sistemas de gestão da qualidade e na

adoção de modelos retributivos associados ao desempenho (Ferreira *et al.*, 2010). Instaura-se, deste modo, uma orientação centrada na lógica da prestação de contas e na vinculação aos princípios de transparência na publicitação dos resultados alcançados à luz dos sistemas de indicadores padronizados entretanto implementados.

É precisamente no quadro de uma importante mudança dos regimes de regulação e de controlo institucional que se torna relevante discernir, no campo da saúde, que implicações concretas é que decorrem destas reformas *managerialistas* para os grupos profissionais, designadamente para a profissão médica. A justificação para este enfoque reside no facto de se tratar de um grupo profissional cujo processo histórico de institucionalização se traduziu na capacidade de assegurar um espaço de pericualidade amplamente protegido das interferências externas de outros grupos e atores (Freidson, 1970). Daqui resulta, portanto, a hipótese de que a sua tradicional lógica de autorregulação seria, à partida, dificilmente compatível com as exigências do escrutínio externo que a natureza destas orientações políticas comporta.

Deste modo, e considerando o caso específico da reforma política que, a partir de 2005, imprimiu mudanças de grande alcance no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, assumem-se como objetivos específicos deste trabalho, por um lado, sinalizar alguns dos novos enquadramentos organizacionais que daí resultaram e, por outro, explicitar a natureza dos imperativos externos, bem como das reconfigurações que passam a pautar o trabalho médico no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF).

No primeiro caso, importa identificar as mudanças concretas que em termos práticos instauraram novas práticas e procedimentos no âmbito desta especialidade médica, nomeadamente porque a entrada em cena do conceito de governação clínica (Calnan e Gabe, 2009) não só sublinha a importância dos mecanismos de prestação de contas, mas também, e sobretudo, pressupõe a implementação de práticas que ao privilegiarem a responsabilização pelo desempenho, introduzem mudanças concretas na gestão das atividades clínicas por parte dos profissionais.

Precisamente por esta razão, aquilo que no segundo caso importa discutir são os modos como estes novos critérios se vão tornando moduladores da prática profissional, uma vez que permitem gerir a atividade assistencial num sentido que se vai demarcando do tradicional poder discricionário dos profissionais. Em contrapartida, fazem convergir o desempenho das atividades dos profissionais com o cumprimento de indicadores padronizados e com os imperativos de transparência e de publicitação de resultados. Mas ao satisfazer os requisitos desta monitorização regulatória, em que medida se operam alterações significativas quanto aos fundamentos do seu modelo profissional no âmbito da prática clínica?

Para operacionalizar esta análise, são mobilizados alguns resultados de uma investigação empírica desenvolvida no quadro de uma tese de doutoramento em sociologia, subordinada ao tema geral da padronização na medicina e das suas implicações particulares no âmbito do conhecimento e do trabalho médico desenvolvido na MGF (Raposo, 2014). Com base nos resultados empíricos desse trabalho, que do ponto de vista do seu potencial de generalização está limitado à circunstância de se ter baseado numa investigação com estatuto de estudo de caso, são discutidas as implicações da contratualização de indicadores de desempenho profissional na prática clínica e, em última instância, nos próprios fundamentos do modelo profissional distintivo da MGF. Desta forma, trata-se de considerar as implicações das reconfigurações organizativas dos tradicionais “centros de saúde” ao nível da autonomia profissional destes especialistas, uma vez que a adoção de um modelo de avaliação de desempenho requer a incorporação de critérios de gestão, a adesão a uma lógica de responsabilização pela melhoria contínua da qualidade em função de metas e padrões de desempenho e a assunção de um compromisso formal e explícito com a avaliação dos resultados assistenciais obtidos. A vinculação a este tipo de critérios gestionários não é, como se aludirá, necessariamente incompatível com a autonomia profissional, embora acabe por suscitar uma relação de potencial tensão com a valorização da discricionariedade no contexto da prática clínica (Exworthy *et al.*, 2003; McDonald *et al.*, 2007; Bloy, Rigal, 2012) e, designadamente, com os critérios decorrentes da *medicina biográfica*, que se constitui como o modelo distintivo desta especialidade.

Metodologia

A estratégia de investigação que foi desenvolvida nesta pesquisa insere-se no quadro de uma metodologia qualitativa-intensiva. Esta alicerçou-se na pesquisa de terreno enquanto método principal¹, nomeadamente através da observação direta (por via da participação em reuniões médicas semanais), e da realização de sessões de grupos focais.

No âmbito desta abordagem metodológica de natureza qualitativa, foi conferida uma clara primazia às preocupações de interpretação da realidade socioprofissional dos médicos da especialidade de MGF inseridos nos seus contextos organizacionais tí-

¹ Relativamente à discussão analítica que é empreendida neste artigo, a mesma circunscreve-se aos resultados empíricos decorrentes das sessões de grupos focais. Os aspetos relacionados com a observação direta não são aqui especificamente mobilizados por remeterem para uma análise de outra natureza.

picos. Esta circunstância constituiu, assim, a condição fundamental para a exploração e compreensão das lógicas e racionalidades que estão presentes no desenvolvimento das suas práticas clínicas, especialmente quando estas passam a estar enquadradas por novos pressupostos regulatórios e por novas práticas organizacionais.

De um ponto de vista mais operacional, a opção pelo estudo aprofundado desta realidade traduziu-se na seleção de um estudo de caso que recaiu em dois contextos organizacionais típicos onde se desenvolve o trabalho dos médicos de MGF. Por um lado, as designadas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que correspondem à configuração organizacional “tradicional” da prestação de CSP por parte dos médicos de MGF, e, por outro, as Unidades de Saúde Familiar (USF), que emergem enquanto modelo inovador de um novo figurino organizacional que corporiza uma das expressões mais visíveis desta reforma política.

No âmbito específico da pesquisa de terreno que foi desenvolvida, o recurso privilegiado a grupos focais justificou-se pelo facto de esta técnica proporcionar a ocasião e o estímulo para os membros de um determinado coletivo articularem pressupostos normativos que habitualmente não são explicitados ou que, pelo menos, não são objeto de particular reflexão por parte dos próprios indivíduos (Bloor *et al.*, 2001; Barbour, 2010). Ou seja, a sua operacionalização não só estimulou a interação dos participantes, “encorajando-os” a explorarem e a explicitarem as suas posições, conceções ou perspectivas - bem como as eventuais divergências ou experiências partilhadas entre o grupo -, mas também se constituiu como uma forma rápida e eficaz de aceder diretamente a formas de comunicação típicas das interações quotidianas dos indivíduos.

Em termos mais práticos, foram realizadas quatro sessões, (duas em cada um dos contextos organizacionais já identificados), tendo as mesmas decorrido entre o fim de 2012 e o início de 2013. Duas destas envolvendo médicos especialistas com responsabilidades formativas na orientação de internos (n=14) e as outras duas envolvendo os internos da especialidade de MGF (n=16).

Assim, e tal como é possível constatar pela leitura do Quadro I, em anexo – que sintetiza as várias características do perfil dos participantes -, as sessões de grupos focais envolveram um total de 30 médicos de MGF e a dimensão dos grupos variou entre os 6 e os 8 elementos. Ao nível da sua composição foi privilegiado como critério a sua relativa homogeneidade². Esta opção comportou uma dupla vantagem. Por um

² Esta referida homogeneidade não assume que os grupos em causa sejam intrinsecamente uniformes. Apenas pretende salientar a circunstância de que o critério para a composição destes procurou refletir a forma diferenciada como os profissionais se organizam nos seus contextos de trabalho. Ou seja, em cada uma das unidades de saúde estudadas, tratou-se de analisar separadamente o grupo dos médicos especialistas e o grupo dos internos da especialidade. Naturalmente que a prática assistencial pressupõe uma articulação entre todos estes elementos

lado, permitiu refletir mais fielmente as lógicas internas de funcionamento de cada um destes, por outro, permitiu uma maior fluidez das conversações, para além de facilitar a análise das diferenças de perspetivas entre os mesmos. Os grupos constituíram, assim, a unidade de análise e em cada um deles procurou-se analisar e compreender as interações ocorridas e, desse modo, os próprios contextos onde as ideias são formadas e partilhadas.

Um novo enquadramento gestorário no mundo profissional da Cuidados de Saúde Primários

Com o advento de um novo ciclo político no domínio dos CSP encetado pelo XVII Governo Constitucional (2005-2009), rapidamente se tornou claro que o essencial desse impulso reformista se ancorava na opção de privilegiar a contratualização como um dos principais instrumentos para a sustentabilidade e melhoria da qualidade desta área dos cuidados de saúde. Tal implicou, em termos práticos, não apenas uma aposta reforçada nas agências de contratualização, mas também a promoção de modelos inovadores de organização e gestão de cuidados, nomeadamente as USF e, mais tarde, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

De facto, e embora nele não se esgote, a introdução de um processo de contratualização estabelecido com as USF constituiu-se como um dos pontos fundamentais do processo de Reforma dos CSP. Em termos dos seus princípios básicos, as USF pressupõem a constituição voluntária de pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; um grau elevado de autonomia organizativa em termos funcionais e técnicos; a contratualização de uma carteira básica de serviços, bem como um sistema retributivo que premeia a produtividade e os resultados que traduzem melhorias quanto ao aumento da acessibilidade e da qualidade dos cuidados de saúde.

Tendo em consideração a dinamização gerada por este novo enquadramento organizacional, aquilo que, com efeito, se assume como mais significativo é o modo como estas inovações da Reforma dos CSP rapidamente se traduziram numa alargada adesão de muitos profissionais às reestruturações preconizadas. Nesta medida, e embora se afigure como aparentemente paradoxal, essa adesão expressa a existência de uma vontade de mudança que procurou corporizar soluções que já tinham sido an-

(a figura do interno a exercer uma medicina tutelada por um orientador que o acompanha e integra nas atividades assistenciais da equipa, assim o atesta), mas interessou, do ponto de vista estritamente analítico, considerar separadamente as conceções destes profissionais que têm, designadamente ao nível da experiência profissional, da responsabilidade, da autonomia e da própria socialização profissional, um enquadramento distinto entre si.

teriormente concebidas e defendidas pelos profissionais desta especialidade médica. Ou seja, os pressupostos normativos subjacentes à lógica de funcionamento das USF denotam, em larga medida, uma importante linha de continuidade com as experiências ensaiadas em torno dos anteriores modelos piloto promovidos pelos próprios profissionais, designadamente no decurso da década de 1990 (Miguel, 2010; Teixeira, 2012).

Sob este ponto de vista, acaba por não ser necessariamente surpreendente que a orientação desta reforma política tenha beneficiado de uma ampla receptividade e de um elevado entusiasmo, uma vez que se tratou de uma iniciativa que foi globalmente entendida como uma oportunidade estratégica para reformular e valorizar os CSP por via de um corte profundo com a filosofia e com a prática dos cuidados de saúde do passado (Biscaia, 2006). Esta coalescência de orientações acabou, assim, por criar as circunstâncias favoráveis para viabilizar muitas das posições e opções estratégicas preconizadas pela MGF relativamente à necessidade de se concretizar uma autonomia efetiva de gestão destes profissionais ao nível da sua realidade organizacional.

Aliás, a existência de modelos organizacionais vinculados ao objetivo da melhoria da qualidade por via de mecanismos de avaliação do desempenho profissional afirma-se como um princípio que acaba até por estar “precocemente” contemplado nas principais orientações políticas dos profissionais desta especialidade. A atestar esta afirmação é elucidativo considerar o teor de dois importantes documentos da década de 1990 que sintetizam as principais propostas estratégicas da Associação de representação socioprofissional da MGF³ para o desenvolvimento desta especialidade médica: “Um futuro para a medicina familiar em Portugal” (APMCG, 1991) e a “Declaração da Madeira” (APMCG, 1998).

Em ambos os documentos pontificam vários dos princípios enquadramentos das orientações estratégicas desta Associação, os quais tinham como pressuposto o princípio da avaliação individual de desempenho, mas desde que tal resultasse de uma iniciativa voluntária e periódica por parte dos especialistas. De acordo, por exemplo, com o teor da “Declaração da Madeira”, preconizam-se os requisitos específicos que salvaguardam as formas entendidas pelos profissionais como as mais adequadas para operacionalizar essa mesma avaliação. De entre essas condições, são de destacar a identificação em reuniões de trabalho, por métodos de consenso, de quais os parâmetros e indicadores a utilizar; a construção, por parte dos profissionais, de uma matriz de referência para este processo de avaliação de desempenho, e a organização

³ Esta Associação foi criada em 1983 com a designação de Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), tendo sido “rebaptizada” em finais de 2011 como Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), sendo esta a sua atual designação.

de um dispositivo de apoio logístico à sua operacionalização, registo e certificação (APMCG, 1998).

Nesta medida, não só o pressuposto da utilidade de indicadores de saúde foi genericamente bem acolhido, como o seu desenvolvimento no quadro regulatório do processo de contratualização acabou por não se revelar como uma orientação especialmente problemática ou incompatível com a visão estratégica dos profissionais da especialidade. Na verdade, as tensões só começaram a emergir à medida que as exigências destas inovações organizacionais se foram desenvolvendo no terreno, o que fez suscitar uma postura de gradual ceticismo quanto às possibilidades efetivas de concretização das suas potenciais virtudes. A comprová-lo está a constatação de que foi somente após a fase mais auspiciosa do arranque deste processo que se começou a generalizar o entendimento de que a sua operacionalização estava a traduzir-se num decrescente envolvimento dos profissionais na seleção e definição dos indicadores, ao mesmo tempo que, em contrapartida, se ia reforçando a centralização do processo por parte dos órgãos tutelares.

Assim sendo, e sobretudo com o advento de uma nova conjuntura política e governamental iniciada em 2011, foi-se tornando notória a crescente proliferação de um conjunto de reflexões críticas no interior da MGF, especialmente centradas nas implicações negativas do processo para a prática clínica. A ideia mais estruturante e transversal que surgiu era a de que o rumo de desenvolvimento dos Indicadores de Desempenho Contratualizados estaria a colidir com a especificidade e com o carácter distintivo da MGF. O argumento de base que foi sendo mobilizado sublinhava que a avaliação mensurável de algumas componentes da prestação de cuidados não só não contemplava a abrangência das múltiplas áreas que são clinicamente relevantes para os profissionais desta especialidade, como podia interferir negativamente nas dimensões relacionais de uma prática clínica que se reclama de um modelo centrado no doente e orientado para o seu contexto (Jordão, 1995, Santos e Ribeiro, 2009; Melo e Sousa, 2011; Braga, 2013).

Tendo, precisamente, como base a perspetiva dos profissionais relativamente ao desenvolvimento deste processo, quais são, afinal, as dimensões e os pontos críticos suscetíveis de evidenciar as maiores clivagens face ao rumo da contratualização dos indicadores, os maiores desafios que esta coloca relativamente aos fundamentos do próprio modelo profissional e as maiores reconfigurações que se operam ao nível do exercício da prática clínica em contexto organizacional?

Para proceder de uma forma mais sistemática à discussão destas interrogações, alicerça-se a análise no material empírico resultante da realização dos grupos focais

com os médicos de MGF quanto às suas concepções sobre, justamente, o papel dos indicadores no exercício da sua atividade clínica.

Tendo este propósito em consideração, é desde logo possível constatar que a avaliação empreendida pelos profissionais acerca do rumo do processo de contratualização e das suas implicações ao nível da redefinição do trabalho clínico suscitou várias críticas. Entre as principais encontram-se as que salientam o alcance de algumas reconfigurações substantivas ao nível do modelo profissional da especialidade, em especial as referentes à primazia dos critérios de controlo, avaliação e monitorização da actividade clínica em detrimento das lógicas mais estritamente discricionárias.

Uma das vertentes denotativas dessa avaliação negativa refere-se ao tipo de relação entre os profissionais - sobretudo os que estão enquadrados no modelo de USF - e os organismos responsáveis pela condução e formalização do processo de contratualização. Um exemplo ilustrativo dos constrangimentos e das dificuldades práticas relativas à negociação que caracteriza este processo é notório nas considerações da coordenadora da USF em estudo, nomeadamente quando salienta os seguintes aspectos:

“Por exemplo, quando se conseguiu (...) a alteração das hemoglobinas (...) que foram contratualizadas inicialmente... não era uma coisa correta cientificamente, e é um indicador que se conseguiu alterar. Pequenas vitórias. (...) A forma como vamos para a negociação eu acho que reflete estas coisas, se depois na prática conseguimos muitos resultados? Conseguimos um bocadinho de vez em quando, mas saímos sempre um bocadinho frustrados. Mas o facto de estarmos neste processo de formação, aprendizagem, reflexão, análise, permite que vamos para uma contratualização preparados, com conhecimento de quais são os indicadores, qual é a legislação, que resultados é que nós temos obtido, do que é que achamos que podemos melhorar. Porque a negociação, pelo menos como ela está pensada e desenhada, e escrita, e não necessariamente como tem acontecido sempre, pressupõe que haja todo este tipo de análise do contexto, de nós nos compararmos com o grupo a que pertencemos, mas também com o que conseguimos realizar. Portanto nós vamos preparados para fazer (...) uma negociação dura.”. (MO1)

Um elemento importante que daqui ressalta prende-se com o facto de os imperativos inerentes ao sistema de contratualização dos indicadores de desempenho promoverem a assunção de novos papéis e responsabilidades por parte dos profissionais, no sentido em que estes passam a incorporar um certo alinhamento com os pressupostos da abordagem *managerialista*. Tal redefinição está, no entanto, longe de significar uma simples imposição do mundo da gestão sobre o trabalho clínico, não só porque a operacionalização de mudanças efetivas pressupõe, num grau não despreciando, a participação ativa dos profissionais (Hunter, 2006), mas também, e sobretudo, porque

a incorporação e desenvolvimento de papéis de gestão ao nível da coordenação executiva do trabalho organizacional necessário para cumprir com as metas estipuladas acaba por envolver de modo diferenciado os profissionais médicos (Checkland *et al.*, 2008; Grant *et al.*, 2008).

Estas formas específicas de envolvimento com os compromissos e imperativos da lógica da contratualização são, assim, indicativas do desenvolvimento daquilo que alguns autores designam de reestratificação horizontal (Harrison e Dowswell, 2002; Calnan e Gabe, 2009). Com este conceito, pretende-se assinalar a existência de novas lógicas de recomposição intraprofissional (neste caso na MGF) que não pressupõem necessariamente a perda do controlo do trabalho médico face a formas de pressão externa. Salienta-se, em contrapartida, o desenvolvimento de formas de regulação endógena que passam a ser asseguradas por uma “elite administrativa”, neste caso pelos elementos mais envolvidos em aspectos de gestão do trabalho clínico. O que estas diferenciações internas permitem destacar é a existência de novos papéis cuja permeabilidade esbate as diferenças constitutivas entre o discurso médico e o discurso da gestão, fazendo, desse modo, emergir um envolvimento mais ativo que pode inclusivamente assegurar um maior nível de controlo face a potenciais formas de ingerência ou imposição externa (Hunter, 2006).

Assim, e no que diz respeito à existência dessas possíveis imposições externas, os desenvolvimentos do processo de contratualização acabaram por efetivamente desencadear várias reservas. Não só junto dos órgãos representativos da profissão nos seus vários níveis, mas também junto dos profissionais inseridos nos seus contextos específicos de trabalho (particularmente na USF), como, de resto, o seguinte excerto evidencia:

“Eu vejo isto desta maneira: há aqui desacerto entre culturas. Nas USF com melhor clima organizacional estamos no século XXI e, no entanto, a nível, digamos assim, do aparelho central estamos no século XIX. (...) Não há cá negociação nenhuma! Há imposição (...). Negociação, tudo bem; significaria que as duas partes que assinam aqui tinham de ter obrigações e consequências, para nós, neste caso para a direção executiva. Mas não há. Não é um contrato verdadeiramente entre partes, com deveres e obrigações”. (MO7)

No que se refere a estas assimetrias nas relações entre os profissionais inseridos nos seus contextos organizacionais e os órgãos tutelares em matéria de contratualização, pode-se considerar que um dos principais impactos que daqui resulta é uma consequente reconfiguração da própria matriz do modelo profissional. Tal significa que o enquadramento político e institucional que subjaz à implementação de novas realidades organizativas no âmbito dos CSP concorre para redefinir o próprio sistema

normativo de valores que está na base dos discursos profissionais.

Nesta medida, um dos efeitos perversos mais imediatos que tende a ser identificado como responsável por enviesamentos aos critérios mais estritamente clínicos prende-se com o condicionamento introduzido por alguns indicadores assistenciais. Ou seja, os indicadores contratualizados passam a assumir um notório privilégio face a outro tipo de problemas com igual ou maior relevância clínica. Revelador disso mesmo é o seguinte segmento, pois para além de remeter para um exemplo concreto, suscita uma discussão mais alargada que faz salientar um posicionamento crítico relativamente ao que os profissionais entendem ser uma potencial alteração da sua prática clínica:

“Às vezes acontece uma coisa um bocadinho contraditória. Nós temos dois tipos de indicadores: os que são filhos, os que são contratualizados, e os que são um bocadinho enteados, que são os que não são contratualizados. E, de facto, há um esforço muito grande para cumprir com os contratualizados, para cumprir os objetivos, e se calhar isso pode ser de certa forma ser mau por deixar de fora outros aspectos da prática ... Por exemplo, com os doentes diabéticos centramos o nosso esforço de uma maneira tremenda, os doentes diabéticos consomem um número de consultas louco face a outros doentes que também precisariam de cuidados com frequência. (MO14)

Os hipertensos são os beneficiados. (MO12)

Enviesam o nosso esforço, isso sem dúvida nenhuma. É um trabalho muito, muito intenso. (MO14)

São patologias nobres, hoje em dia... (MO12)

Entrou alguém no clube de elite. Tratado mais intensivamente. (MO14)

No outro dia ao falar com um colega vosso da USF ele dizia quando nós olhamos para o doente, vemos o que é que temos de pedir, a primeira ideia é essa. (MO10)

Temos, temos de pensar o que é que não fiz nesta consulta que possa levar ao incumprimento dos indicadores, porque as margens que nos obrigam, algumas de 90%... De facto, não podemos falhar!” (MO14)

Estes excertos, que dizem respeito a uma sessão de grupos focais com médicos especialistas no âmbito de uma UCSP (embora tivessem integrado a referida sessão dois médicos de uma USF), colocam em evidência vários aspetos importantes, destacando-se, desde logo, o facto de que o pagamento por desempenho em função do cumprimento de indicadores pode levar a uma priorização do próprio trabalho clínico, concretamente em contexto de USF (onde a referida “margem de manobra” será, a esse nível, menor). Tal significa, portanto, que a prática clínica acaba por ser efetivamente condicionada, uma vez que os problemas são hierarquizados em função de critérios que, acima de tudo, decorrem das metas estabelecidas no quadro da contratualização.

Há também outras questões pertinentes que se colocam, designadamente a po-

tencial mudança da relação terapêutica com os doentes. Tal torna-se especialmente visível quando essa relação passa a ser mediada pelas preocupações prévias de adequação da consulta em função de uma categoria tipificada de doente que pode tornar justificável o cumprimento de certos indicadores em detrimento de outros. Esta circunstância pode, portanto, conduzir a mudanças significativas da prática assistencial, sobretudo quando os doentes são solicitados para, por exemplo, virem às consultas com o propósito de ser feito o acompanhamento de vários problemas assistenciais tidos como fundamentais para o bom desempenho organizacional da unidade de saúde.

Nesta perspetiva, a introdução dos incentivos financeiros associados ao desempenho pode conduzir ao aumento de situações de desigualdade entre doentes, pelo que estas pressões de cumprimento dos indicadores potenciam a chamada Medicina Baseada nos Indicadores (MBI) (Melo e Sousa, 2011; Braga, 2013) e, nessa medida, uma prática que entra em colisão com os fundamentos subjacentes à ideia de uma Medicina Biográfica privilegiadamente centrada no doente.

Um segmento particularmente elucidativo desta tensão entre o discurso e a prática é o que diz respeito a uma discussão entre internos inseridos no contexto de uma USF:

“Eu acho que é um pouco um misto. Por um lado, o facto de existirem estes indicadores contratualizados estabelecem objetivos bem definidos de qual deverá ser a atividade, o que é que a equipa deverá tentar atingir nesse ano. Por outro lado, também se torna complicado; por exemplo, posso falar do absentismo, pessoas que vinham regularmente à consulta, controlo de diabetes ou de tensão, e que por um motivo ou por outro, eventualmente motivos económicos, não vêm, e a unidade tem contratualizado, por exemplo, que tem de fazer isso. [...] A X falou há pouco da HBaIC. É novamente um daqueles que tem de ser cumprido, são as duas avaliações anuais e, por um lado, condiciona-nos. Da nossa parte eventualmente não o fariamos, mas no contexto de equipa eventualmente não poderemos só nós tomar assim de ânimo leve. Porque poderemos eventualmente prejudicar a casa até porque o seguimento ou o cumprimento, ou não, destes indicadores, pode fazer que a unidade tenha um *downgrade* do seu estatuto. Por exemplo, de um modelo B para o modelo A”⁴. (MI8)

⁴ Dependendo do grau de desenvolvimento organizacional, foram previstos três modelos de USF (A, B e C), embora o último tenha sido considerado um modelo experimental que, com efeito, nunca chegou a ser implementado. Relativamente aos dois primeiros modelos, embora ambos impliquem um sistema de contratualização que pressupõe uma lógica de diferenciação salarial ou de incentivos institucionais, distingue-os o facto de o modelo A remeter para um processo de desenvolvimento do trabalho em equipa sem alterações substanciais das remunerações - a não ser as decorrentes da contratualização de uma carteira adicional de serviços e o cumprimento de metas que se traduzem em incentivos institucionais -, enquanto o modelo B já estabelece uma relação mais evidente e efetiva entre desempenho e remuneração. Neste último caso, essa relação traduz níveis de desempenho mais exigentes em função do seu “amadurecimento organizacional” (cf. Miguel, 2010: 376; Teixeira, 2012: 108).

O que este excerto torna notório é, desde logo, a ideia de que ao instaurar um novo enquadramento de definição, mensuração e regulação do trabalho profissional, aquilo que a contratualização tende a potenciar é, como referido, o aprofundamento de discrepâncias substantivas entre a conceção retórica da medicina biográfica e a prática clínica. Tal facto assume expressão quando esta última tende a estar crescentemente alinhada não só com as métricas e com os imperativos da abordagem *managerialista*, mas também com uma orientação de pendor mais biomédico (Charles-Jones, Latimer, May, 2003). No primeiro caso, isso é bem visível nas preocupações expressas quanto ao receio de comprometer o desempenho da própria USF. No segundo caso, verifica-se que o trabalho assistencial se vai organizando em função de categorias biomédicas em lugar das dimensões qualitativas que, em termos normativos, são o principal substrato distintivo da MGF.

Tendo ainda como base a mesma sessão de grupos focais, são também de salientar os seguintes aspectos diretamente relacionados com o papel dos indicadores no funcionamento das consultas:

“Alguns não estão bem construídos e obrigam-nos a repetir atos que não se justificam perante a pessoa que temos à nossa frente ou perante a patologia a que se aplicam. (...) O cumprimento dos indicadores mudou muito a forma como eu fazia a consulta, que era o doente e eu, e agora antes de chamar um doente abro logo os alertas para saber o que há para cumprir, portanto eu não começo primeiro a ver o processo clínico da pessoa, eu abro os alertas porque se eu não cumprir aquelas coisas eu sinto que sou um mau elemento da equipa. Depois, outra coisa em que os indicadores condicionaram a minha consulta, comecei a ter de fazer muitos *clicks* extra que às vezes são difíceis de efetuar na consulta porque o sistema é lento, e para além do registo normal em que tenho de escrever, tenho de abrir vários módulos para fazer vários *clicks*. E entre abrir uma janela e outra, demora; e isso lentifica! Às vezes estou a ouvir o doente e a pensar nos alertas que tenho de cumprir. Outras vezes os alertas que tenho dos indicadores que tenho de cumprir não tem nada a ver com o motivo pelo qual a pessoa vem à consulta, então estou a tentar de uma forma cordial introduzi-los. A pessoa vem porque houve um acontecimento negativo na vida dela e quer vir falar desse acontecimento e está com um humor deprimido, mas eu vou ter de medir a tensão arterial, o peso e a data da última menstruação de uma senhora que lhe faleceu o pai ou a mãe!” (M11)

Como se depreende das considerações contidas neste segmento, a discussão suscitada pela partilha de episódios e de casos concretos coloca em evidência um ponto crucial relativamente aos elementos distintivos da medicina biográfica. Ou seja, verifica-se que embora esse modelo seja reiteradamente mobilizado como o suporte que justifica a centralidade do doente em toda a sua globalidade, as características que condicionam a prática assistencial revelam-se, afinal, como promotoras de uma acentuada marginalização destes fundamentos no âmbito da prática clínica (Charles-

Jones, Latimer, May, 2003).

Assim, e sendo certo que algumas das actividades assistenciais se vão tornando paradoxalmente mais biomédicas na sua operacionalização, relativamente aos discursos e às próprias concepções identitárias, não deixa de ser notória uma certa lealdade com os princípios do modelo biográfico subjacente à medicina centrada no doente, aspecto que foi particularmente notório junto dos internos inseridos na realidade da USF. Outros estudos dão conta da existência de vários tipos de tensões suscitadas pela desconexão entre os fundamentos da MGF e os novos enquadramentos da prática clínica (Charles-Jones, Latimer, May, 2003; Exworthy *et al.*, 2003; McDonald *et al.*, 2007; Checkland *et al.*, 2008; Calnan e Gabe, 2009; Bloy e Rigal, 2012;), mas no caso específico desta sessão de grupos focais, a tónica da discussão relativamente ao incumprimento dos pressupostos da abordagem individualizada tornou saliente o impacto estruturante desta concepção identitária.

Um outro aspecto igualmente significativo é o que diz respeito a uma maior centralidade dos sistemas de informação, o que se traduz numa reconfiguração substancial não só das lógicas de registo clínico – através do recurso a sistemas de classificação e a práticas mais uniformes de registo (Braga, 2012; Melo, 2012) –, mas também na redefinição dos critérios de monitorização clínica dos doentes. Ao gerarem vários alertas automáticos, os sistemas de informação permitem identificar aqueles que se justifica serem contactados para que, uma vez assegurada a sua presença, se possam cumprir as metas dos indicadores contratualizados. Tal pode ser feito por duas vias: ou através da marcação de consultas por iniciativa da unidade de saúde, ou por via do cumprimento de certos registos e avaliações quando os doentes vão às consultas por sua iniciativa, mesmo que os problemas que suscitam essa procura não coincidam com as preocupações que presidem às práticas de registo e avaliação por parte dos clínicos (Checkland *et al.*, 2008; Grant *et al.*, 2008; Teixeira, 2012). Uma ilustração deste problema pode ser verificada no excerto seguinte:

“(…) O facto de serem muito poucos indicadores favorece uma medicina centrada nos indicadores. Há até relatos de algumas unidades onde de facto atingem metas ótimas mas aquilo é tudo artificial; medem-se tensões arteriais que nunca se mediriam (...), convidam-se a sair as pessoas que não querem cumprir os indicadores; e não é muito longe daqui. Portanto há unidades em que “ah você não quer cumprir os indicadores? Então vá ali para a UCSP porque aqui na USF temos metas a cumprir”. Quando nestas equipas acaba por acontecer certas coisas, por exemplo, é preciso cumprir um número de visitas domiciliárias e vai-se fazer uma visita domiciliária a uma pessoa que pode perfeitamente vir à unidade... só para cumprir. Isso acarreta também um custo de deslocação para o profissional que lá vai. Ou seja, o facto de serem poucos indicadores favorece que algumas pessoas passem a fazer uma medicina centrada nos indicadores, portanto aquilo não

mostra nada da qualidade da medicina. Se existissem muitos indicadores ninguém controlava. Há pessoas completamente obsessivas e focadas nos indicadores, portanto o objetivo daquela consulta é fazer aquele *click* e o outro..., e nos últimos minutos perguntam o que é que o senhor veio cá fazer. Isto levanta um grande problema: antes nós centrávamo-nos na agenda do doente, agora temos a nossa agenda e a do doente”. (MI5)

Discussão e considerações finais

Tal como já salientado, a colonização da linguagem, dos pressupostos e dos instrumentos da gestão no mundo profissional da medicina teve consequências substantivas no modelo profissional desta especialidade médica e na própria prática clínica. Contudo, importa também sublinhar que os pressupostos do novo enquadramento organizacional introduzidos pela reforma dos CSP não se traduziram numa imposição unilateral face às prerrogativas de poder profissional desta especialidade.

De facto, um elemento a destacar é o de que os especialistas de MGF não foram um alvo passivo e impotente face a uma putativa arbitrariedade centralista do Estado. Aliás, e para melhor fundamentar as razões de uma alargada adesão a esta Reforma, é de grande utilidade precisar que desde as etapas inaugurais da implementação dos CSP em Portugal, sobretudo após 1982 (quando é criada a carreira médica de clínica geral), se tornou notório o modo como os especialistas desta área foram empreendendo várias iniciativas associativas com o propósito de participar nos processos de mudança política e organizacional relativos ao seu papel profissional no contexto dos CSP.

O empenhamento ativo por parte dos profissionais nas várias conjunturas que foram propícias à concretização de mudanças políticas nesta área dos cuidados pode ser, assim, justificado pela situação de notória assimetria estrutural entre a centralidade do hospital no sistema de saúde e o crónico investimento marginal do Estado nos CSP, não obstante toda a retórica política de jaez laudatório sobre a importância estratégica dos mesmos (Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012). Foi no quadro de uma persistente acentuação do carácter periférico da MGF que se foi desenvolvendo o envolvimento destes especialistas em diversos momentos-chave da implementação das políticas públicas em matéria de CSP. O aspecto transversal que foi pautando todas essas iniciativas consistiu nas reiteradas tentativas de promover soluções organizacionais que fossem capazes de obviar o peso do controlo administrativo do Estado e os consequentes constrangimentos relativos às potencialidades de afirmação da MGF. E isto tanto ao nível dos aspectos ligados à melhoria de condições de trabalho e de remuneração, como ao nível de um maior reconhecimento e prestígio socioprofissional desta especialidade.

Neste contexto, constata-se, portanto, que as recentes orientações políticas de recorte *managerialista* não só acabaram por ser genericamente bem acolhidas e incorporadas pelos setores mais interventivos desta especialidade médica, como a operacionalização de muitas das inovações organizativas inerentes à Reforma foram o resultado de um envolvimento direto de alguns dos seus profissionais. Na verdade, o desenho e a implementação de muitas das novas medidas acabaram por ser o resultado da capitalização de um património de reflexão e de experiência prática com iniciativas anteriores que não só foram historicamente inovadoras, mas que tiveram, ao nível dos seus pressupostos, um carácter preambular à concretização da Reforma dos CSP.

Todavia, é de frisar que o desenvolvimento do processo de contratualização dos indicadores fez emergir várias críticas e reservas que ganharam consistência e que passaram a adquirir um carácter de gradual consenso no âmbito desta especialidade. De entre essas observações de teor crítico, as mais contundentes foram as relativas à constatação de que os critérios subjacentes à contratualização se passaram a revelar restritivos, conduzindo ao que os próprios profissionais designam de afunilamento e focalização da atividade clínica, ou seja, a tendência para privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras e o predomínio de um enfoque mais delimitado em torno de algumas áreas clínicas. A principal consequência associada a estas implicações consiste, assim, na possibilidade de estas práticas instaurarem uma Medicina Baseada nos Indicadores em lugar de uma Medicina Biográfica centrada no doente (Melo e Sousa, 2011; Braga, 2013).

Com efeito, trata-se de uma questão de singular importância para a MGF, dado que remete diretamente para o âmago dos fundamentos identitários desta especialidade. A ideia de que a MGF se distingue por ser portadora de uma perspectiva global, personalizada e comprometida com a coordenação e integração dos cuidados (Jordão, 1995; Santos e Ribeiro, 2009) surge assim claramente desafiada, uma vez que a reconfiguração do trabalho clínico imprime uma lógica de maior marginalização relativamente aos elementos distintivos da medicina biográfica. Trata-se de uma situação que potencia um hiato entre o discurso da identidade profissional e as limitações da sua viabilidade enquanto prática clínica concreta (Charles-Jones, Latimer, May, 2003; Checkland *et al.*, 2008).

Nesta medida, as vicissitudes que a partir de dado momento passaram a caracterizar o rumo político da reforma dos CSP, desencadearam alguns paradoxos do *managerialismo* no mundo profissional da MGF, tais como o aumento do volume de trabalho de teor mais burocrático, a avaliação restritiva do desempenho profissional ou os constrangimentos crescentes relativamente à dificuldade de pôr em prática a

personalização e a individualização dos cuidados. São aspetos que, com efeito, se constituem como fatores críticos que não só desafiam a especialidade ao nível de um controlo mais efetivo deste processo, como “forçam” um certo afastamento da MGF relativamente ao seu modelo distintivo. A pressão para o cumprimento de indicadores, sobretudo quando uma parte substancial da própria remuneração deles depende, desencadeia várias preocupações por parte dos profissionais com o alcance das práticas regulatórias. O estabelecimento da já referida MBI torna-se um aspecto limitador das possibilidades profissionais relativamente ao desempenho do seu trabalho numa lógica mais vinculada à valorização da autonomia profissional e conduz a um maior alinhamento com uma lógica mais burocrática e, simultaneamente, mais biomédica.

Constata-se, deste modo, que a operacionalização dos novos enquadramentos organizativos inscritos nos pressupostos da governação clínica estabeleceu uma dinâmica de valorização da qualidade e do desempenho que se foi paradoxalmente divorciando das conceções e da experiência dos profissionais. Assim, e se ao nível dos princípios e dos objetivos não há propriamente nenhuma disjunção (há, aliás, um apelo insistente para que a reforma prossiga e intensifique as virtudes inerentes à sua concretização inicial), as questões problemáticas tornam-se, no entanto, bem patentes nos aspectos relacionados com a definição dos indicadores de desempenho organizacional e com os seus critérios de avaliação, sobretudo quando as margens negociais se revelam diminutas no âmbito do processo de contratualização externa.

No caso da evidência empírica da presente investigação, foi notório que o contexto organizacional onde estes impactos foram assumidos como mais problemáticos é o que diz respeito ao modelo organizativo das USF. Com efeito, no decurso das sessões de grupos focais desenvolvidas na UCSP foi possível verificar que tanto o grupo dos médicos especialistas como o dos internos revelaram estar mais afastados destas preocupações, apesar de as questões da contratualização serem hoje transversais a todo o âmbito dos CSP. Mas o facto de os profissionais das UCSP não estarem tão imperativamente vinculados (sobretudo a nível da sua remuneração) ao cumprimento de indicadores com metas quantitativas mais exigentes, justifica que esta temática não tenha suscitado o mesmo tipo de interesse e de envolvimento quando comparado com as sessões realizadas junto dos profissionais das USF.

Relativamente às alterações da prática clínica que são entendidas como colidindo com os fundamentos do modelo profissional distintivo da MGF, foi também notório que esse debate foi diferenciadamente mais intenso e aprofundado no grupo dos internos, concretamente os que estão integrados na USF. Por um lado, porque se confrontam mais vividamente com as exigências organizacionais inerentes à ne-

cessidade do cumprimento dos indicadores. Por outro, porque o carácter ainda não sedimentado do seu percurso profissional os coloca numa posição em que se estão a confrontar com as dificuldades de gerir os paradoxos subjacentes à compatibilização entre os princípios normativos da especialidade e as exigências pragmáticas de um modelo de trabalho profissional crescentemente enformado por critérios de gestão.

Por fim, importa ainda fazer notar que, no atual quadro de um novo ciclo governativo, parece estar em marcha - depois de um período de alguma estagnação da reforma dos CSP - um novo ímpeto político orientado não só para o aumento do modelo das USF, mas também para a perspetiva de melhoria de alguns aspectos críticos do modelo de contratualização. Interessará estar atento ao modo como as dinâmicas desencadeadas pela operacionalização das novas iniciativas políticas se vão coadunar com as pretensões que justificaram, afinal, a adesão voluntária e o empenho ativista da MGF na implementação de uma reforma política que trouxe, efetivamente, novos modelos e, sobretudo, novas lógicas e exigências para o mundo profissional desta especialidade.

Referências bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL (1991), “Um futuro para a Medicina de Família”, Lisboa, Direcção Nacional da APMCG.
- (1998), « Declaração da Madeira », Lisboa, Direcção Nacional da APMCG.
- BARBOUR, Rosaline (2010), “Focus Groups”, in Ivy Bourgeault, Robert Dingwall, Raymond de Vries (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, London, Sage, pp.327-352.
- BISCAIA, André (2006), “A reforma do pensamento em saúde”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22, nº 1, pp. 63 – 64.
- BLOOR, Michael *et al.* (2001), *Focus Groups in Social Research*, London, Sage.
- BLOY, Géraldine, RIGAL, Laurent (2012) « Avec tact et mesure? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du travail*, 54, pp.433-56.
- BRAGA, Raquel (2012), “Os registos clínicos e a codificação”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, pp. 155-156.
- (2013), “Os indicadores de saúde e a contratualização”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, pp. 278-280.
- CALNAN, Michael, GABE, Jonathan (2009), “The reestratification of primary care in England? A sociological analysis”, in Jonathan Gabe e Michael Calnan (Eds.), *The New Sociology of Health Service*,

- London, Routledge, pp. 56 – 78.
- CARAPINHEIRO, Graça (2006), “A saúde enquanto matéria política”, in Graça Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp.137-164.
- CARVALHO, Maria Teresa (2009), *Nova Gestão Pública e reformas da Saúde. O profissionalismo numa encruzilhada*, Lisboa, Edições Sílabo.
- CHARLES-JONES, Huw, LATIMER, Joanna, MAY, Carl (2003), “Transforming general practice: the re-distribution of medical work in primary care”, *Sociology of Health & Illness*, 25, Nº1, pp. 71-92.
- CHECKLAND, Kath *et al.* (2008), “Biomedicine, holism and general practice: responses to the 2004 General Practitioner contract”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, Nº5, pp. 788-803.
- CLARKE, John (1998), “Doing the right thing? Managerialism and Social Welfare”, in Pamela Abbot, Liz Meerabeau (Eds.), *The Sociology of the caring professions*, London, Falmer Press, pp.234-254.
- CORREIA, Tiago (2011), “New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive Reading”, *Sociologia on line*, nº2, pp.573-598.
- EXWORTHY, Mark *et al.* (2003), “The role of performance indicators in changing the autonomy of the general practice profession in the UK”, *Social Science & Medicine*, 56, pp.1493-1504.
- FERREIRA, Ana Sofia *et al.* (2010), “A contratualização de cuidados de saúde”, in Jorge Simões (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp.425-459.
- FREIDSON, Eliot (1970), *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago, The University of Chicago Press.
- GRANT, Suzanne *et al.* (2008), “The impact of pay-for-performance on professional boundaries in UK general practice: an ethnographic study”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, Nº2, pp. 229-245.
- HARRISON, Stephen, DOWSWELL, George (2002), Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what general practitioners say, *Sociology of Health & Illness*, 24, pp. 208-226.
- HUNTER, David (2006), “From tribalism to corporatism: The continuing managerial challenge to medical dominance”, in David Kelleher, Jonathan Gabe, Gareth Williams (Eds.), *Challenging medicine*, London: Routledge (second edition), pp.1-23.
- JORDÃO, José Guilherme (1995), *A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-Graduado*, Dissertação de Doutoramento em Medicina, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- McDONALD, Ruth *et al.* (2007), “Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study”, *BMJ*.
- MELO, Miguel, SOUSA, Jaime Correia (2011), “Os indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, pp. 28-34.
- MELO, Miguel (2012), “O uso de ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28, pp. 245-246.

RAPOSO, Helder (2018), “As implicações dos indicadores de desempenho contratualizados na prática clínica da Medicina Geral e Familiar: um modelo profissional em mutação?” *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXXV, pp. 63-83

MIGUEL, Luís Silva (2010), “Modelos de gestão nos Cuidados de Saúde Primários”, in Jorge Simões (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp.355-387.

RAPOSO, Helder (2014), *Entre padronização e discricionariedade: Reconfigurações do conhecimento médico na Medicina Geral e Familiar*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, especialidade de Sociologia Geral, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

SANTOS, Isabel, RIBEIRO, Isabel (2009), “Indicadores de desempenho na consulta”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, pp. 228-236.

TEIXEIRA, Lurdes (2012), *A reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.

Helder Raposo. Doutorado em Sociologia. Professor Adjunto na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL-IPL), Departamento das Ciências Sociais e Humanas (Lisboa, Portugal).. Endereço de correspondência: CIES - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia - ISCTE-IUL. Av. D. João II, Lote 4.69.01, 1990 - 096 Lisboa., Portugal. E-mail: helder.raposo@estesl.ipl.pt

Artigo recebido em 15 de março de 2017. Aprovado para publicação em 28 de janeiro de 2018.

ANEXO

Quadro I
Perfil dos participantes das sessões de Grupos Focais

Código	EstatutoW	Contexto organizacional	Composição	Sexo	Grupo etário	Anos especialidade/Ano internato	Período	Duração
MO1	Médico orientador	USF	n=8	M	[56-65]	[21-30]	29/11/12	1h:03m
MO2	Médico orientador	USF		M	[36-45]	[1-10]		
MO3	Médico orientador	USF		H	[46-55]	[11-20]		
MO4	Médico orientador	USF		H	[36-45]	[1-10]		
MO5	Médico orientador	USF		H	[36-46]	[11-20]		
MO6	Médico orientador	USF		H	[46-55]	[11-20]		
MO7	Médico orientador	USF		H	[56-65]	[21-30]		
MO8	Médico orientador	USF		M	[46-55]	[11-20]		
MO9	Médico orientador	UCSP	n=6	M	[56-65]	[21-30]	3/12/12	56m
MO10	Médico orientador	UCSP		M	[56-65]	[21-30]		
MO11	Médico orientador	UCSP		H	[56-65]	[21-30]		
MO12	Médico orientador	UCSP		M	[25-35]	[1-10]		
MO13	Médico orientador	UCSP		H	[36-45]	[1-10]		
MO14	Médico orientador	UCSP		H	[36-45]	[1-10]		
MI1	Interno	USF	n=8	M	[25 - 35]	3º	15/1/13	1h:06m
MI2	Interno	USF		M	[25 - 35]	4º		
MI3	Interno	USF		M	[25 - 35]	3º		
MI4	Interno	USF		M	[25 - 35]	3º		
MI5	Interno	USF		M	[25 - 35]	4º		
MI6	Interno	USF		M	[25 - 35]	4º		
MI7	Interno	USF		H	[25 - 35]	2º		
MI8	Interno	USF		H	[25 - 35]	1º		
MI9	Interno	UCSP	n=8	H	[25 - 35]	3º	21/1/13	45m
MI10	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	1º		
MI11	Interno	UCSP		H	[25 - 35]	4º		
MI12	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	3º		
MI13	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	1º		
MI14	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	1º		
MI15	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	2º		
MI16	Interno	UCSP		M	[25 - 35]	3º		
			Total: n=30					